SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 12 y 7 minutos)

La Comisión de Salud Pública tiene el agrado de recibir al profesor Raúl Medina a quien hemos invitado para considerar el proyecto de salud reproductiva que tenemos a estudio. En ese sentido, nos interesa contar con la opinión de la Cátedra por lo que le cedemos gustosamente el uso de la palabra.

SEÑOR MEDINA.- Agradezco que me hayan convocado para participar en la consideración de esta iniciativa ya que es algo muy caro a nuestras ideas.

Hemos leído el proyecto de ley que se aprobó en la Cámara de Representantes y, en términos generales, estamos de acuerdo con lo allí delineado. Asimismo, consideramos que su aprobación es muy necesaria dada las circunstancias a las cuales nos vemos enfrentados demasiado frecuentemente como consecuencia de las complicaciones que los abortos en condiciones de riesgo -como se denominan ahora- conllevan.

Con respecto a la iniciativa, es fundamental lo que está delineado en su artículo 2º que refiere a todas aquellas medidas de promoción y educación que lleven a lo que se denomina una maternidad y paternidad responsable. Me refiero a tratar de no llegar a una situación de embarazo no deseado que haga que la mujer o la pareja busque la interrupción del embarazo por vías que en este momento ofrecen garantías mínimas, sobre todo en aquel sector de la población con menos recursos. Por lo tanto, reitero que lo que figura en el artículo 2º nos parece fundamental así como también que esos propósitos sean de aplicación universal, es decir, que sean programas que se apliquen no sólo en el ambiente de salud pública sino también a nivel privado. Si bien es cierto que los peores resultados se dan en el área de la salud pública por razones meramente económicas -lo cual es tremendamente injusto- también existen casos en un número que es muy difícil de cuantificar, pero que es importante, de interrupción de la gravidez de pacientes que se asisten habitualmente en el sector privado o mutual.

Por eso creemos que estos programas deben ser de aplicación universal y llevados a cabo y regidos por el Ministerio de Salud Pública, pero también en todas las instituciones de asistencia.

Con respecto al resto del articulado, hay algún aspecto que a nivel personal -quizá por ignorancia- no tengo claro. Me queda claro lo referente al artículo 4º, pero en el artículo 7º se agregan dos situaciones en las cuales la ley le permite al médico actuante la interrupción del embarazo: por el grave riesgo de la salud de la mujer y por el diagnóstico de malformaciones incompatibles con la vida.

El avance de la tecnología nos permite diagnosticar, con una frecuencia muchísimo mayor, una serie de malformaciones incompatibles con la vida, que se diagnostican, no en el período de las doce semanas iniciales, sino a posteriori, diríamos, en la mayoría de los casos. Eso, a quienes asistimos a esas mujeres, nos pone en una situación tremendamente difícil porque según el artículo 7º, estaríamos habilitados -no sé si estoy equivocado- a una interrupción del embarazo en esas circunstancias; pero cuando avanzamos en la lectura del proyecto de ley nos encontramos con el Capítulo V "De la modificación del delito de aborto", en donde en el artículo 328 BIS se establecen como causas atenuantes o eximentes aquellas que habían sido incorporadas en la ley como causales que habilitaban la interrupción del embarazo. Concretamente, en el numeral 2º de este artículo se dice: "Si el aborto se cometiera por causas graves de salud, será eximido de pena". Entonces, ¿la ley nos habilita o no? Quedamos, hablando mal, como cometiendo un delito pero eximidos de la pena. El hecho de que la ley me permite la interrupción del embarazo cuando en definitiva estoy cometiendo un delito del cual estoy eximido de la pena, me crea un conflicto. Repito que mi duda puede ser por ignorancia desde el punto de vista legal, pero creo que aquí hay una incongruencia.

Estos son fundamentalmente los elementos que quería referir en cuanto a este proyecto de ley.

SEÑORA XAVIER.- Quería hacer una consulta al doctor Medina con relación al tema de la temporalidad, de ese lapso de las primeras doce semanas. Me gustaría, de ser posible, que nos pudiera dar la última visión del ámbito científico, en cuanto al desarrollo del embrión, ya que este proyecto de ley sostiene ese criterio de temporalidad para habilitar en los artículos 4º y 5º la interrupción del embarazo en determinadas condiciones. Algunos de nuestros visitantes anteriores, desde un enfoque jurídico y no médico, han planteado la alternativa de la causalidad más que de la temporalidad. Creo que frente a este problema no sólo se cruzan dos concepciones, sino que también existen aspectos en los que la ciencia no ha podido avanzar. Sí se han establecido algunos criterios, pero hay otros de índole jurídica que no tienen la adaptación necesaria si se tienen en cuenta determinados avances que se han producido, pues la ley siempre va mucho más atrás. En este caso la intención es cambiar un concepto dentro del marco penal de este tema, hacia la prevención y la salud reproductiva.

Con relación al planteamiento que realizaba el profesor acerca de si esto sigue o no siendo un delito -tal como hoy establece la ley- pretendemos que no lo siga siendo. A ese respecto, el capítulo 5 trata sobre la modificación de lo que hasta ahora siempre ha sido delito. Sin embargo, puede que no esté suficientemente clara la redacción.

Concretamente, mi pregunta apunta al tema del lapso de doce semanas como criterio científico.

SEÑOR MEDINA.- Desde el punto de vista científico no existe acuerdo, ni mucho menos. Se trata de un tema que tiene varias puntas, ya que existen varias visiones: una legal, otra ética, otra religiosa, otra filosófica, en fin, de las cuales la ciencia médica no se puede abstraer. Por ese motivo, si uno analiza las leyes de aborto existentes en el mundo, puede ver que existen diferentes concepciones al respecto.

Con relación a la pregunta concreta formulada por la señora Senadora, alrededor de las doce semanas existe un cambio de categoría desde el punto de vista científico y el embrión pasa a ser feto. Es por eso que se recoge esa división en las distintas

concepciones, haciendo abstracción total de lo filosófico y religioso. El asunto es si la ley va a decir que el embrión es un ser viviente o un proyecto de ser viviente. Desde el punto de vista científico creo que no se va a encontrar la respuesta exacta. ¿Cuál es la diferencia entre el embrión y el feto? ¿Es solamente la edad? ¿O es que el feto, o sea las estructuras ovulares, ya de por sí mantienen el embarazo, cuando antes de las doce semanas era mantenido en base a la secreción hormonal materna? Entonces, a las doce semanas, por un lado, cambia el soporte hormonal del embarazo y, por otro, se completa la formación y comienza la etapa de crecimiento y maduración de ese producto de gestación. Pero no existe una respuesta para la discusión de siempre en cuanto a si se trata o no un ser humano. Desde el punto de vista científico, sinceramente, no me atrevo a darla.

SEÑOR CID.- Quisiera preguntar al profesor Medina cómo se está visualizando este tema en el ámbito hospitalario. En nuestra práctica como internos en el hospital donde atendíamos, tuvimos ocasión de ver muchas pacientes que se habían realizado abortos y, sobre todo, prácticas con intento abortivo que, ni siquiera, llegaban a ser verdaderos abortos pero eran más dañinas que estos.

Concretamente, quisiera saber cómo se está visualizando este tema en la esfera del hospital, es decir, si los casos han aumentado o se han estancado y si se continúa con esas prácticas muy inseguras. Desearía contar con un panorama más concreto del tema. Sabemos que la Cátedra de Ginecotocología a la que pertenece el doctor Medina ha trabajado con esta problemática e incluso han realizado una publicación muy seria. De todos modos, quisiera que los demás miembros de la Comisión conocieran esto en detalle.

SEÑOR MEDINA.- En realidad, siempre ha sido un tema que nos ha preocupado enormemente. Prácticamente, toda mi actuación en el ámbito de la salud pública -excepto un período muy corto- ha sido en el Hospital de Clínicas, en el cual existía el Centro de Tratamiento Intensivo, que era el referente al que acudían todas estas mujeres que habían tenido un intento de aborto o que se habían realizado maniobras abortivas.

Este problema ha existido siempre. En los inicios de mi carrera tuve ocasión de atender un gran número de pacientes con complicaciones a raíz de haberse practicado un aborto; creo que debo ser una de las personas que más ha operado pacientes por ese motivo en Uruguay. Lo digo como una casuística personal. La tasa de mortalidad, en algún momento, llegó a ser exasperante y luego decayó, pero sigue siendo una causa importante de muerte.

Ha sucedido algo para lo cual no tengo explicación: en el Hospital de Clínicas ha disminuido la incidencia de estos cuadros. Es poco frecuente que, en este momento, allí atendamos consecuencias de abortos complicados. Por otro lado, en el Hospital Pereira Rossell ha sucedido lo inverso: si no me equivoco, en lo que va de este año han fallecido tres mujeres por complicaciones de abortos practicados en malas condiciones y, por supuesto, clandestinamente. A estas mujeres fallecidas hay que sumarle el grupo de aquellas -no tengo las cifras correspondientes- que sufren grandes mutilaciones; hay que tener presente que las complicaciones graves del aborto significan, entre otras cosas, la extirpación del aparato genital y que en un porcentaje sumamente alto se trata de mujeres jóvenes. En el Hospital Pereira Rossell están tremendamente alarmados porque se ha registrado un aumento de las complicaciones y del índice de mortalidad.

A propósito, el punto de partida que ha provocado esta situación de alarma, es que han salido a la luz los trabajos o los proyectos que se han elaborado tendientes al apoyo y la asistencia de la mujer que va a realizarse un aborto en situaciones de riesgo.

La tasa de mortalidad de los abortos complicados es nada despreciable y debe rondar un 10% o un 15%. Debo decir que se han logrado muy buenos resultados porque esa tasa, cuando yo ingresé en la especialidad, rondaba el 70% o el 80%. Gracias al advenimiento de la implementación de los centros de tratamiento intensivo, a los avances que se han dado en los cuidados de soporte de la mujer y de los cambios en la óptica del tratamiento quirúrgico, se ha logrado abatir estos porcentajes que, de cualquier manera, siguen siendo muy importantes. Digo esto porque una enfermedad que provoque un 10% o un 15% de muertes debe tenerse muy en cuenta.

En definitiva este es un tema que siempre nos ha preocupado; hubo una época en la que parecía que los abortos criminales se estaban realizando en mejores condiciones, pero en este momento estamos experimentado un aumento en la asistencia en las complicaciones derivadas de esos abortos. Esas complicaciones pueden ser infecciosas o, como bien se hacía referencia, derivadas de las medidas que se toman con fines abortivos y que derivan en enfermedades médicas que pueden ser tanto o más graves que la propia infección post-aborto. Me refiero, fundamentalmente, a la ingesta de sustancias que no son abortivas pero que pueden ocasionar una enfermedad materna grave que puede terminar en la interrupción del embarazo pero también en la muerte de la mujer.

SEÑORA XAVIER.- Quería preguntar si hay datos en relación al interior del país, porque cuando se hacía referencia al Hospital de Clínicas, debemos tener en cuenta que ya no se da el mismo número de traslados que se daba antes desde los centros de atención departamentales. A esto debemos sumarle las dificultades que ese Hospital ha tenido en el último año y medio -por razones que todos conocemos- que han redundado en la reducción de su capacidad de atención.

Entonces, quería saber si existe algún dato con respecto al interior del país. Recuerdo que el año pasado se dio un caso patético, en el departamento de Colonia, de una joven de 16 años, que ya tenía un chiquito de seis meses y que pensó que estaba embarazada, por lo que tomó veneno para ratas y falleció a consecuencia de ello. La autopsia determinó que no estaba embarazada, pero el temor a estarlo la llevó a tomar una actitud tan desesperante. No recuerdo si ese caso llegó o no a Montevideo, pero creo que no hubo posibilidad de traslado dado la rapidez del desenlace de la situación. Quisiera saber si, eventualmente, existe un conocimiento de parte de ustedes en el sentido de que puedan estarse incrementando esas cifras en los departamentos del interior y si hay algún tipo de estudio relativo a los costos económicos. Obviamente, en estos casos lo que más importa son los costos humanos, pero muchas veces existen -esto lo vemos en otros países- diferencias terribles en cuanto a cómo se podrían prevenir estas situaciones y cuánto se gasta, desde el punto de vista de la salud, en estas complicaciones cuyas alternativas no siempre son satisfactorias para salvar la vida de estas mujeres.

SEÑOR MEDINA.- No tengo conocimiento de las cifras, pero quizás sí las tenga el Ministerio de Salud Pública. Por otro lado, no creo que las otras cátedras las posean -aunque lo ignoro-; si ellas tienen esas cifras, las desconozco.

Por otro lado no creo que haya grandes diferencias de comportamiento entre la población de Montevideo y la del interior. Entonces, si estamos verificando un aumento en la capital, también debe haber un aumento en el interior de la República. Hay que tener presente que muchas de las pacientes que ingresan en este momento en el Hospital Pereira Rossell provienen del interior y son,

además, pacientes críticas que necesitan un cuidado intensivo con el que, muchas veces, no se cuenta en el interior de la República.

En cuanto a los costos, debo confesar que estoy muy lejos de lo que significa administración de la salud, pero no tengo dudas de que son muy elevados en relación a cada paciente que presenta una complicación. Por supuesto que al decir que son elevados nos referimos a los costos económicos, pero no olvidamos los costos en vidas humanas, ni las secuelas en aquellas mujeres que tuvieron complicaciones y luego han evolucionado favorablemente.

Se utilizan, entonces, cuidados intensivos, sobre los que el señor Senador Cid seguramente tiene más conocimiento que yo, así como del costo de una cama o de un día de internación en un centro de tratamiento intensivo, en donde se aplica antibióticoterapia de alto costo. En general, debido a los problemas médicos de resistencia bacteriana, hay que utilizar antibióticoterapia muy amplia y drogas de última generación. Todo esto significa, evidentemente, un gasto importante en salud. Reitero que no puedo cuantificar esta situación en cifras, porque soy un médico fundamentalmente clínico, bastante malo para lo que es el conocimiento de los costos que significa cada paciente, pero no tengo dudas de que se gasta mucho dinero en cada aborto complicado que se asiste en el país.

SEÑOR PRESIDENTE.- En nombre de la Comisión de Salud Pública, agradezco profundamente la presencia del profesor doctor Medina y los aportes que ha realizado a este Cuerpo. Nos ha dejado algunas interrogantes planteadas, sobre todo en relación al Capítulo V a propósito del cual ha efectuado una observación que consideramos de recibo y que analizaremos con mayor detenimiento.

(Se retira de Sala el Profesor Doctor Raúl Medina)